



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

7 (81) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

7 (81)

2025

июль

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.06.2025, Accepted: 10.07.2025, Published: 15.07.2025

УДК 616.441-006.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н. Email: TillyashaykhovM@mail.ru

Хахимов Г.А. <https://orcid.org/0009-0009-0237-0463> E-mail: hgg_doc@mail.ru

Маликов М.А. <https://orcid.org/0009-0006-4464-6933> E-mail: muzaffarmalikov1975@gmail.com

Жуманиёзов Х.И. <https://orcid.org/0000-0003-1185-9016> E-mail: dr.oncohikmat@inbox.ru

Абдурахимов О.Н. Email: AbdurakhimovO@mail.ru

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Бухарский филиал Узбекистан, Бухарская область, 200100, г. Бухара, ул. Гидждуван, 71 +9989 65 2285850

Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии 100070, Республики Узбекистан, город Ташкент Чиланзарский район, ул. БАГИСТАН, дом 1
Тел: (+998) 71 278-73-19 E-mail: qabul@tashoncocenter.uz

✓ Резюме

Дифференцированные карциномы щитовидной железы оцениваются с точки зрения прогноза по-разному в европейских, японских и американских клинических рекомендациях, что приводит к различиям в подходах к их лечению.

Материалы и методы. Проведен анализ данных 152 пациентов с папиллярной карциномой щитовидной железы, которым было выполнено хирургическое лечение в период с 2008 по 2023 годы. Средний срок наблюдения составил 15,4 года, максимальный срок — 28 лет.

Результаты. Исследование показало благоприятный прогноз заболевания, несмотря на отсутствие в рассматриваемые годы сонографии и тонкоигольной биопсии, что привело к более поздней диагностике и хирургическому лечению опухолевого процесса. Ключевыми факторами, влияющими на прогноз, оказались размер опухоли на момент операции и наличие отдаленных метастазов. Долгосрочные результаты лечения практически не зависели от объема хирургического вмешательства (тотальная тиреоидэктомия или частичное удаление железы) и проведения профилактической лимфодиссекции. Уровни смертности и частота рецидивов у пациентов, не получавших терапию радиоактивным йодом, соответствовали данным, представленным в литературе

Ключевые слова: папиллярная карцинома щитовидной железы, хирургическое лечение, долгосрочные результаты

LONG - TERM RESULTS AND COMPARATIVE ANALYSIS OF APPROACHES TO SURGICAL TREATMENT OF DIFFERENTIATED PAPILLARY THYROID CANCER

Tillashaykhov M.N., Hakimov G.A., Malikov M. A., Jumanieзов X. I., Abduraximov O. N.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology
Bukhara Branch Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, street Gijduvan, 71
Tel: +9989 65 2285850

Tashkent city branch of the Republican specialized scientific and practical center of oncology and radiology 100070, Republic of Uzbekistan, Tashkent city Chilanazar district, BAGISTAN street, house 1 Tel: (+998) 71 278-73-19 E-mail: qabul@tashoncocenter.uz

✓ **Resume**

Differentiated thyroid carcinomas are assessed differently in terms of prognosis in European, Japanese, and American clinical guidelines, which leads to differences in approaches to their treatment.

Materials and methods. The data of 152 patients with papillary thyroid carcinoma who underwent surgical treatment between 2008 and 2023 were analyzed. The average follow-up period was 15.4 years, with a maximum of 28 years.

Results. The study showed a favorable prognosis for the disease, despite the lack of sonography and fine-needle biopsy during the years under consideration, which led to a later diagnosis and surgical treatment of the tumor process.

The key factors affecting the prognosis were the size of the tumor at the time of surgery and the presence of distant metastases. The long-term results of treatment were almost independent of the extent of surgical intervention (total thyroidectomy or partial removal of the gland) and the performance of prophylactic lymphodissection. Mortality rates and the frequency of relapse in patients who did not receive therapy with radioactive iodine corresponded to the data presented in the literature

Keywords: papillary thyroid carcinoma, surgical treatment, long-term results

QALQONSIMON BEZNING DIFFERENTSIATSIYALANGAN PAPILLER SARATONINI JARROHLIK DAVOLASH YONDASHUVLARINING UZOQ MUDDATLI NATIJALARI VA QIYOSIY TAHLILI

Tillashayxov M.N., Hakimov G.A., Malikov M.A., Jumanieyev X.I., Abduraximov O.N.

Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Buxoro filiali O'zbekiston, Buxoro viloyati, 200100, Buxoro, Gijduvan ko'chasi, 71
Tel: +9989 65 2285850

Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy markazi Toshkent shahar filiali 100070, O'zbekiston Respublikasi, Toshkent shahri, Chilonzor tumani, ko'ch. BAGISTON, 1-bino Tel: (+998) 71 278-73-19 E-mail: qabul@tashoncocenter.uz

✓ **Rezyume**

Qalqonsimon bezning differentsiatsiyalangan karsinomalari Evropa, Yaponiya va Amerika klinik ko'rsatmalarida prognoz nuqtai nazaridan turlicha baholanadi, bu esa ularni davolash yondashuvlarida farqlarga olib keladi.

Materiallar va usullar. 2008 va 2023 yillar oralig'ida jarrohlik yo'li bilan davolangan qalqonsimon papiller karsinomasi bo'lgan 152 bemorning ma'lumotlari tahlil qilindi. O'rtacha kuzatuv muddati 15,4 yil, maksimal muddati 28 yil.

Natijalar. Tadqiqot ko'rib chiqilayotgan yillarda sonografiya va nozik igna biopsiyasi yo'qligiga qaramay, kasallikning ijobiy prognozini ko'rsatdi, bu esa o'simta jarayonining keyingi diagnostikasi va jarrohlik davolanishiga olib keldi

Prognozga ta'sir qiluvchi asosiy omillar jarrohlik paytida o'smaning kattaligi va uzoq metastazlarning mavjudligi edi. Davolashning uzoq muddatli natijalari deyarli jarrohlik aralashuv hajmiga (umumiy tiroidektomiya yoki bezni qisman olib tashlash) va profilaktik limfodisseksiyaga bog'liq emas edi. Radioaktiv yod terapiyasini olmagan bemorlarda o'lim darajasi va takrorlanish darajasi adabiyotda keltirilgan ma'lumotlarga mos keldi

Kalit so'zlar: qalqonsimon bezning papiller karsinomasi, jarrohlik davolash, uzoq muddatli natijalar

Актуальность

Папиллярная карцинома щитовидной железы (ПРЩЖ) относится к числу малоагрессивных злокачественных новообразований, при которых анализ отдаленных результатов играет ключевую роль в оценке эффективности выбранной тактики лечения. Лечебные подходы к дифференцированному раку щитовидной железы (ДРЩЖ) варьируют в зависимости от

рекомендаций различных медицинских ассоциаций. В частности, существуют значительные различия между стратегиями, предложенными Американской и Европейскими тиреодологическими ассоциациями [1–4], и рекомендациями японских специалистов [5].

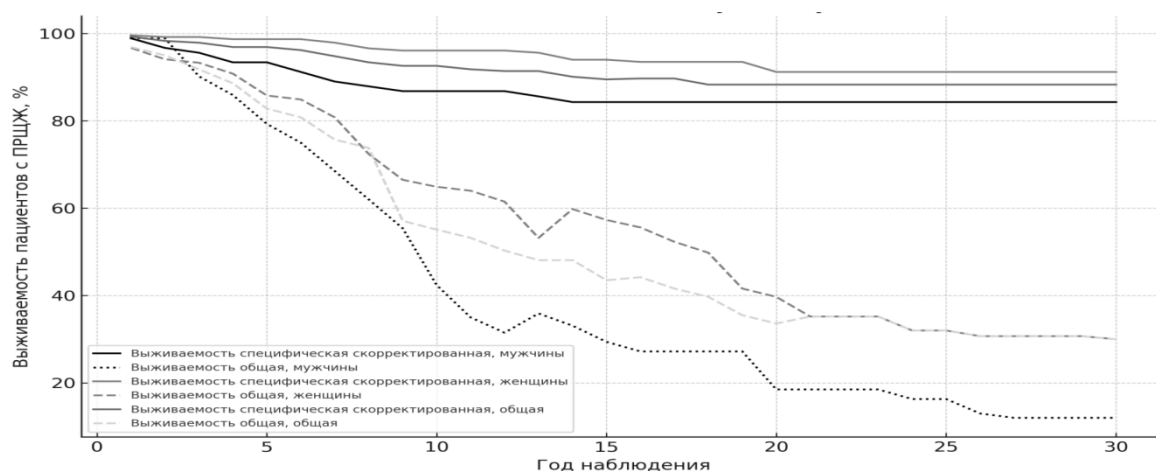
Основные расхождения обусловлены различным подходом к оценке и классификации заболевания. Американские рекомендации рассматривают папиллярный и фолликулярный рак щитовидной железы в рамках единой патологии – ДРЩЖ, что находит отражение даже в названии руководств. Напротив, японские рекомендации четко разделяют эти гистологические типы и предлагают дифференцированные стратегии лечения.

На Западе при ПРЩЖ стандартным подходом является тиреоидэктомия с последующей радиойодтерапией (по показаниям) и супрессивной терапией тиреоидными гормонами. В Японии, напротив, широко применяются органосохраняющие операции, такие как лобэктомия с резекцией перешейка или субтотальная резекция щитовидной железы. Особенностью японской практики является активное использование лимфодиссекции, включающей как центральные, так и боковые шейные лимфоузлы.

В последние годы наметилось сближение позиций: американские и британские тиреодологические ассоциации допустили возможность органосохраняющих операций для пациентов из группы низкого риска (с опухолями диаметром менее 1 см), а также исключение радиойодтерапии в таких случаях. В свою очередь, японские рекомендации предусматривают выполнение тиреоидэктомии у больных с опухолями более 4 см.

В странах СНГ в настоящее время преобладает «западная» модель лечения. Однако ранее в ряде клиник, включая онкологические центры, часто использовались менее радикальные подходы. Нам представилось интересным провести сравнительный анализ результатов лечения пациентов с раком щитовидной железы, которым выполнялись операции, ныне классифицируемые как «щадящие».

График. Выживаемость пациентов с ПРЩЖ по полу и типу показателя



Характер скорректированной 5-, 10- и 15-летней выживаемости пациентов

Цель исследования: патогенетический подход к лечению на основе отдалённых результатов и сравнительного анализа подходов к хирургическому лечению дифференцированного папиллярного рака щитовидной железы.

Материал и метод исследования

Исследование проведено на основе анализа катамнеза 152 пациентов с папиллярной карциномой щитовидной железы (ПРЩЖ), которым выполнялись хирургические вмешательства в период с 2008 по 2023 годы в ТГФ РСНПМЦОиР. Все операции проводились одним из авторов данной статьи. Средний срок наблюдения за пациентами составил 15,4 года, максимальный срок — 28 лет.

Пациентам, оставшимся в живых, проведено комплексное клиническое обследование, включающее лабораторные и инструментальные исследования, на базе клиники ТГФ

РСНПМЦОиР. Для более точной оценки диагнозов архивные гистологические препараты операционного материала были пересмотрены и интерпретированы с учетом современных классификаций в лаборатории морфологических исследований центра.

Важно отметить, что состав пациентов, получавших лечение 20–30 лет назад, существенно отличался от современных. В прошлые годы большинство больных поступали на лечение на более поздних стадиях заболевания, с выраженными клиническими признаками опухоли и множественными регионарными метастазами. Напротив, на сегодняшний день чаще выявляются начальные стадии опухолевого процесса благодаря развитию диагностических методов.

Обработка полученных данных осуществлялась с использованием программных пакетов Excel 2021 и OpenEpi 3.1.

Результат и обсуждение

Среди 152 пациентов, чья судьба была прослежена, без рецидивного течения заболевания наблюдалось у 96 (63,1%) человек, тогда как у 55 (36,1%) пациентов был выявлен рецидив. У 40 (26,3%) из них рецидив не повлиял на продолжительность жизни, в то время как у 16 (10,5%) пациентов летальный исход был обусловлен прогрессированием заболевания. Это подтверждает относительно благоприятное течение папиллярной карциномы щитовидной железы, несмотря на то что оперативное вмешательство часто выполнялось на поздних стадиях процесса.

В исследуемую группу вошли 42 мужчины и 110 женщин. Долгосрочная выживаемость пациентов, умерших вследствие прогрессирования заболевания, представлена в таблице 1 и на рисунке. Анализ кривых выживаемости показывает постепенное и относительно равномерное снижение числа живых пациентов по мере увеличения срока после операции. Через пять лет выживаемость составила 96,9%; через 10 лет — 92,6%; через 15 лет — 91,4%, с уменьшением на 1,2% за пятилетний период.

Выживаемость мужчин и женщин достоверно различалась, причем у мужчин она была значительно ниже. Через пять лет после операции выживаемость женщин составила 98,7%, тогда как у мужчин — 93,4%. Через 10 лет эти показатели снизились до 96,1% у женщин и 86,8% у мужчин, а через 15 лет — до 95,1% и 85,6% соответственно.

В целом результаты подтверждают относительно благоприятный прогноз папиллярной карциномы щитовидной железы в сравнении с другими распространенными онкологическими заболеваниями (такими как рак легкого, кишечника, молочной железы или матки). Низкая выживаемость у части пациентов была обусловлена запущенной стадией заболевания на момент обращения, а также отсутствием современных методов диагностики, таких как ультразвуковое исследование и тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ), которые позволяют выявить заболевание на ранних стадиях.

Зависимость течения заболевания после оперативного вмешательства от ряда клинических показателей, выявленных на момент операции, представлена в таблице 2. Ключевым фактором, определяющим течение папиллярной карциномы щитовидной железы (ПРЩЖ) и исход лечения, оказался размер опухоли на момент хирургического вмешательства.

Средний размер опухоли у пациентов с безрецидивным течением заболевания составил 36,7 мм, тогда как у пациентов с рецидивом — 45,4 мм, а у больных, скончавшихся вследствие прогрессирования заболевания, — 55,1 мм. Эти данные убедительно демонстрируют, что раннее выявление первичной опухоли является основным условием успешного лечения ПРЩЖ.

Полученные результаты подчеркивают необходимость использования ультразвукового исследования (УЗИ) для выявления узловых образований в щитовидной железе и обязательного проведения тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) при размере узлов 1 см и более. В случаях наличия подозрительных сонографических признаков ТАБ целесообразно проводить даже при меньших размерах узлов. Наличие отдаленных метастазов на момент оперативного вмешательства выявлено как значимый неблагоприятный фактор прогноза при папиллярной карциноме щитовидной железы (ПРЩЖ). Среди пациентов с безрецидивным течением отдаленные метастазы диагностированы лишь у 5 из 96 человек (2,3%). В то же время в группе пациентов, умерших от прогрессирования заболевания, они отмечены в 14 из 35 случаев (40,0%). Это подтверждает данные литературы, согласно которым гематогенные метастазы существенно ухудшают прогноз и являются основной причиной смертности пациентов с ПРЩЖ [6–8].

2. **Местные рецидивы.** Возврат первичной опухоли наблюдается крайне редко. Это, как правило, продолженный рост не полностью удаленной опухоли или прогрессирование карциномы при мультифокальном поражении в условиях гемитиреоидэктомии или субтотальной резекции.
3. **Долгосрочные рецидивы.** При выявлении рецидива через 20–40 лет опухоль, как правило, сохраняет высокую степень дифференцировки.
4. **Редкость гематогенных метастазов.** Отмечается редкое развитие отдаленных метастазов в течение всего периода наблюдения.

Течение заболевания в зависимости от морфологических характеристик опухоли представлено в таблице 3.

Таблица 2

Зависимость течения ПРЦЖ от клинических показателей

Параметры	Нет рецидива	Рецидив	Умерли от прогрессирования заболевания
Количество пациентов			
Размер опухоли, мм			
Метастазы в лимфоузлы			
Отдаленные метастазы			
Возраст в момент оперативного вмешательства, лет			
Пол, м/ж			

Таблица 3

Зависимость клинического течения и морфологических характеристик опухоли

Морфологический признак	Без рецидива	Рецидив	Летальный исход от прогрессирования заболевания
Мультифокальность (67 из 103)	50 из 69 (72,5%)	11 из 19	6 из 15 (40%)
Многочисленные псаммомные тельца (48 из 101)	33 из 67 (49,2%)	9 из 18 (50%)	6 из 16 (37,5%)
Выраженная лимфоидная инфильтрация (23 из 103/101)	15 из 67 (22,4%)	6 из 18	2 из 16 (12,5%)
Преобладание солидного компонента (7 из 100)	2 из 16 (3%)	1 из 18 (5,5%)	4 из 16 (25%)

Мультифокальный рост опухоли наблюдался у 72,5% (50 из 62) пациентов с отсутствием рецидива заболевания, у 57,9% (11 из 19) пациентов с его наличием и у 40% пациентов, умерших от прогрессирования заболевания. Эти данные не позволяют рассматривать мультифокальность как неблагоприятный прогностический фактор.

Выраженная лимфоидная инфильтрация была выявлена у 24,7% (21 из 85) выживших пациентов и лишь у 12,5% (2 из 16) пациентов, умерших от прогрессирования ПРЦЖ. Таким образом, данный признак можно считать прогностически благоприятным.

Множественные псаммомные тельца встречались с одинаковой частотой во всех трех группах пациентов, что свидетельствует об отсутствии их прогностической значимости. Этот морфологический признак скорее указывает на длительное течение заболевания [9].

Преобладание солидного компонента в опухоли чаще выявлялось у пациентов с неблагоприятным клиническим течением. Так, у 25,0% (4 из 16) пациентов, умерших от прогрессирования, был отмечен выраженный солидный компонент.

Распределение исходов заболевания в зависимости от характера выполненного оперативного вмешательства представлено в таблице 4.

При частичном удалении щитовидной железы безрецидивное течение заболевания наблюдалось у 78 из 121 пациента (64,2%), рецидив отмечен у 43 пациентов (35,8%), из которых 25 человек (9,5%) скончались вследствие прогрессирования опухоли. Среди пациентов, перенесших полное удаление железы, рецидив был диагностирован у 27 из 68 человек (39,7%), а летальный исход составил 10 случаев (14,7%).

Анализ влияния лимфодиссекции показал, что в группе с органосохраняющими операциями ее роль была минимальной. В то же время у пациентов, перенесших полную тиреоидэктомию, выполнение лимфодиссекции достоверно снижало вероятность рецидива ($p = 0,036$). Преимущественно проводилась боковая лимфодиссекция шеи, тогда как центральная лимфодиссекция выполнялась только при доказанном поражении лимфоузлов в данной зоне. Такая тактика не сопровождалась рецидивами в центральном компартменте шеи в отдаленном периоде, что является аргументом против рутинного выполнения профилактической лимфодиссекции.

Таблица 4

Результаты хирургического лечения

Оперативное вмешательство	Без рецидива	Рецидив	Летальный исход от прогрессирования заболевания	Всего
Резекция щитовидной железы				
Резекция щитовидной железы + лимфодиссекция				
Тиреоидэктомия				
Тиреоидэктомия + лимфодиссекция				
Всего				

Сравнительный анализ влияния объема и характера оперативного вмешательства показал, что отдаленные результаты хирургического лечения не зависят ни от объема операции (выполнение или невыполнение лимфодиссекции), ни от её характера (полное или частичное удаление щитовидной железы). Эти данные ставят под сомнение необходимость профилактической лимфодиссекции и оправданность более радикальных подходов, в отличие от рекомендаций Японской ассоциации, которая акцентирует внимание на органосохраняющих операциях при ПРЦЖ.

Особенностью исследования является отсутствие радиойодтерапии в протоколе лечения ввиду её ограниченной доступности в нашей стране в 60–80-х годах XX века. Тем не менее, показатели смертности и частота рецидивов среди пациентов оказались сопоставимы с современными данными, представленными в ряде аналитических исследований [10, 15, 16].

Данных о причинах смерти больных, оперированных по поводу ПРЦЖ, но скончавшихся от заболеваний, не связанных с прогрессированием опухоли, в доступной литературе практически нет. Причины смерти в данной группе пациентов представлены в таблице 5.

В ходе исследования нам не удалось выявить существенные особенности в распределении причин смерти среди пациентов, оперированных ранее по поводу папиллярной карциномы щитовидной железы. Наибольшую долю среди причин смерти составляют сердечно-сосудистые заболевания, на втором месте — онкологические болезни.

Согласно разделу, CQ20 японских клинических рекомендаций, наблюдение за пациентами с карциномами размером 1,0 см и меньше (группа "низкого риска") признается допустимым, при этом оперативное вмешательство рекомендуется в следующих случаях: а) наличие метастазов в лимфоузлах, выявленных при пальпации или ультразвукографии, б) наличие отдаленных метастазов, в) распространение опухоли за пределы щитовидной железы. При отсутствии этих признаков возможно проведение динамического наблюдения с получением информированного согласия пациента.

В Японии, по данным скрининговых исследований, количество случайно выявленных карцином в 1000 раз превышает количество опухолей с клиническими признаками заболевания

[11]. Это позволяет считать папиллярную микрокарциному малоопасной с точки зрения неблагоприятного прогноза для большинства пациентов. Несколько японских центров сообщают о благоприятных результатах динамического наблюдения за этой когортой пациентов [12], [13].

Аналогичные данные представлены и в американских исследованиях. Так, с 1973 по 2002 годы количество пациентов с папиллярной карциномой щитовидной железы в США увеличилось в 2,4 раза, однако смертность осталась на прежнем уровне. Это увеличение связано преимущественно с выявлением опухолей малых размеров и низкой степени риска [10].

Эти исследования, а также впечатления от посещения клиник эндокринной хирургии в Японии, стали основными факторами, определившими наш интерес к данному вопросу. В настоящее время в нашей клинике формируется группа пациентов с выявленными папиллярными микрокарциномами щитовидной железы, отягощенных тяжелыми сопутствующими заболеваниями, для динамического наблюдения без оперативного вмешательства.

Заключение

Отдаленные результаты катамнеза пациентов, которые прошли хирургическое лечение по поводу папиллярной карциномы щитовидной железы, демонстрируют, что заболевание имеет относительно благоприятное течение, а оперативное вмешательство дает хорошие результаты у большинства пациентов. Ключевым фактором успешного хирургического лечения является ранняя диагностика заболевания, что подчеркивает необходимость комплексного обследования пациентов с узлами в щитовидной железе, включая обязательное выполнение тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) под УЗ-наведением. Целесообразность применения органосохраняющих или аблятивных операций, а также необходимость профилактической центральной лимфодиссекции у пациентов с папиллярной карциномой щитовидной железы требуют дальнейшего изучения и обсуждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Watkinson JC. The British Thyroid Association guidelines for the management of thyroid cancer in adults. *Nucl Med Commun*. 2004 Sep;25(9):897-900.
2. Cooper D, Doherty G, Haugen B et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2009;19:1167-1213.
3. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Thyroid carcinoma. 2010;1.
4. Thyroid Carcinoma Task Force. AACE/AAES medical/surgical guidelines for clinical practice: management of thyroid carcinoma. *Endocrinol Pract*. 2001;7:202-220.
5. The Japanese Society of Thyroid Surgery/The Japanese Society of Endocrine Surgeons. Guidelines for management of thyroid tumor. Kanehara Press, Tokyo, 2010.
6. Schlumberger M, Challeton C, De Vathaire F et al. Radioactive iodine treatment and external radiotherapy for lung and bone metastases from thyroid carcinoma. *J Nucl Med*. 1996;37(4):598-605.
7. Lin JD, Huang MJ, Juang JH et al. Factors related to the survival of papillary and follicular thyroid carcinoma patients with distant metastases. *Thyroid*. 1999;9(12):1227-1235.
8. Durante C, Haddy N, Baudin E et al. Long-term outcome of 444 patients with distant metastases from papillary and follicular thyroid carcinoma: benefits and limits of radioiodine therapy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91(8):2892-2899.
9. Das DK. Psammoma body: a product of dystrophic calcification or of a biologically active process that aims at limiting the growth and spread of tumor. *Diagn Cytopathol*. 2009;37(7):534-541.
10. Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973–2002. *JAMA*. 2006;295(18):2179-2182.

Поступила 20.06.2025